

A prática do Psicólogo na Atenção Básica à Saúde:  
Os sentidos da atuação como produções dialógicas

Iara Barros da Silva<sup>1</sup>

André Amorim Martins<sup>2</sup>

**Resumo:** Este artigo descreve algumas práticas de Psicólogos na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), analisa como esta atuação está comprometida com o fortalecimento comunitário e como se relaciona com a formação e o discurso deste profissional no cotidiano. Caracteriza-se como uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa e tem como referencial teórico a Psicologia Social Construcionista e as Práticas Discursivas e Produção de Sentido. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com psicólogos da rede de saúde de uma cidade de médio porte. Para a análise das entrevistas, utilizamos o método de análise dialógica proposto por Spink. A partir das entrevistas, foi possível definir 3 (três) marcadores analíticos para discussão: Trabalho no SUS, Gestão da Clínica e Formação de Grupos. A formação dos profissionais se mostrou deficitário diante das diretrizes do SUS, a demanda da equipe e do público continua sendo o modelo clássico de atendimento, as práticas de intervenção psicossocial são pouco valorizadas, porém o sentido atribuído para o trabalho na Atenção Básica torna altos os níveis de satisfação e abertura para novas práticas.

Palavras-chave: Psicologia. Psicologia Social e Saúde. Práticas em Psicologia.

A prática do Psicólogo na Atenção Básica à Saúde: Os sentidos  
da atuação como produções dialógicas

The practice of psychologists in primary care: The meanings of work as dialogic productions

**Resumo:** Este artigo descreve algumas práticas de Psicólogas na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, analisa como esta atuação está comprometida com o fortalecimento comunitário e como se relaciona com a formação e o discurso deste profissional no cotidiano. Caracteriza-se como uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa e tem como referencial teórico a Psicologia Social Construcionista e as Práticas Discursivas e Produção de Sentido. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com psicólogas da rede de saúde de uma cidade de médio porte. Para a análise das entrevistas, utilizamos o método de análise dialógica proposto por Spink. A partir das entrevistas, foi possível definir 3 (três) marcadores analíticos para discussão: Trabalho no SUS,

---

1 Psicóloga, Residente no Programa de Saúde Mental da Residência Multiprofissional em Saúde da UNICAMP.  
E-mail: iara\_barros2007@yahoo.com.br

2 Psicólogo, Mestre em Ciências, Professor, Pesquisador, Coordenador do Curso de Psicologia do Instituto de Ensino Superior e Pesquisa – INESP/UEMG.

Gestão da Clínica e Formação de Grupos. A formação dos profissionais se mostrou deficitário diante das diretrizes do SUS, a demanda da equipe e do público continua sendo o modelo clássico de atendimento, as práticas de intervenção psicossocial são pouco valorizadas, porém o sentido atribuído para o trabalho na Atenção Básica torna altos os níveis de satisfação e abertura para novas práticas.

Palavras-chave: Psicologia. Psicologia Social e Saúde. Práticas em Psicologia.

**Abstract:** This article describes practices of Psychology in Primary Care in the Unified Health System, analyses how this practice is committed with the community empowerment and how it relates to the formation and the discourse of this professional in daily life. It is characterized as a descriptive and exploratory research with a qualitative approach and has as its theoretical reference Social Constructionist Psychology, Discursive Practice and Production of Sense. The data was collected by means of interviews with psychologists of the health system from a city of medium port. The dialogical method of analysis proposed by Spink was used to analyze the interviews. From the interviews, it was possible to define 3 (three) analytical bookmarks for discussion: working in SUS, clinical management and group formations. The formation of the professionals show deficits against the SUS guidelines, the demanding of the team and the public continues to be modeled on a classical treatment, the psychosocial interventions are poorly valued, however the sense assigned to the Primary Care create high levels of satisfaction and openness to new practices.

Key-words: Psychology. Social Psychology and Health. Practice in Psychology.

## **Introdução**

Este artigo descreve algumas práticas de atuação do Psicólogo na Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS) e pretende analisar como esta atuação está comprometida com o fortalecimento comunitário e o exercício de cidadania dos usuários, bem como verificar a relação entre formação-prática-discurso no cotidiano deste profissional. Também buscamos compreender como as representações sociais da prática do Psicólogo orientam as ações dos profissionais que atuam na AB e - segundo uma epistemologia dialética na qual as pessoas são pensadas como sujeitos ativos; produtos e produtores; indeterminados e ricos em determinações; ser, sendo (Campos, 2000) - discutiremos ainda as implicações da produção de sentido para a prática no campo da saúde.

Os inúmeros debates que consolidaram o SUS como principal política social do Brasil contribuíram para tornar complexo o conceito de saúde, outrora entendido apenas como ausência de doença. Segundo Dimenstein e Macedo (2012) “Saúde passa a ser entendida como um processo singular e subjetivo de negociação permanente de sentidos em um campo social, processo de construção e desconstrução de normas para o enfrentamento da realidade e da (re)qualificação da vida”. (Dimenstein & Macedo, 2012, p.234)

Ainda, segundo estes autores, para dar conta da complexidade dos atravessamentos que participam do processo saúde-doença-intervenção, o SUS foi organizado em níveis de atenção que se “ancoram na qualificação do processo de trabalho e no funcionamento dos serviços”. Portanto desde 1988 (ano de implantação do SUS), viu-se crescer as ações de cuidado na Atenção Primária à Saúde (AP) e as “políticas de saúde que priorizam a criação de equipes multiprofissionais como forma de melhorar o atendimento dos usuários e valorizar o profissional de saúde”. (Dimenstein & Macedo,

2012, p.236). Na AB, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma intervenção para romper com o modelo curativista e hospitalocêntrico nos cuidados a saúde (Franco e Merhy, 2004). A ESF conta com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e, a partir de 2000, dentista. Outros profissionais, como o Psicólogo podem ser incorporados à equipe ou constituir equipe de apoio, de acordo com as possibilidades e as necessidades locais. A inserção deste profissional vem crescendo a cada ano, existindo atualmente mais de 40 mil profissionais vinculados ao SUS<sup>3</sup>. Esta inserção tornou o SUS o maior empregador de Psicólogos no Brasil, absorvendo 27,9% desses profissionais, segundo Yamamoto (2012, p.8). “Um crescimento notável para uma profissão sem histórico anterior de atuação significativa na área da saúde” (Ferreira Neto, 2011, p.97). Assim, pela construção deste novo lugar social para a Psicologia, sob a argumentação de que temos “vocação para a promoção do bem-estar e ampliação da qualidade de vida dos indivíduos, dos coletivos e das instituições” (Conselho Federal de Psicologia, 2006, p.4), o SUS passou a ser um mercado estável para a área.

Como esse crescimento ocorreu no contexto da Crítica ao modelo asilar, com a criação do programa de saúde mental, por vezes a reflexão sobre a atuação do Psicólogo na saúde fica reduzida ao campo da saúde mental, negligenciando-se assim outras contribuições que a profissão pode trazer ao campo. (Ferreira Neto, 2011, p.98)

Se a Atenção Básica é reconhecida por solucionar os principais problemas de saúde da comunidade, deve-se incluir no seu conjunto de ações a saúde mental, por entendermos que esta não está dissociada da saúde geral. O vínculo entre a equipe de saúde e os usuários e a localização do serviço no território<sup>4</sup>, parecem ser fatores estratégicos para identificar riscos e vulnerabilidade, bem como para o cuidado desinstitucionalizado em saúde mental. “Temos, assim, um cenário que aponta para

3

[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Profissional\\_com\\_CBO.asp?VEstado=00&VMun=](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp?VEstado=00&VMun=)

4

A noção de território-vivo, de Milton Santos, considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como lugares que tomam uma conotação também subjetiva. Os territórios existenciais, de Guattari, representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas, a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si.

a importância da ampliação das ações no trabalho dos psicólogos na saúde mental, ampliando não somente a clínica, mas as intervenções extraclínicas, institucionais e psicossociais” (Ferreira Neto, 2011, p.124).

A institucionalização de um dispositivo legal que aponta claramente diretrizes para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica se dá somente no contexto que sucede a Lei Orgânica da saúde, por meio da Portaria 224/1992 (Brasil, 2004). Resgatando os princípios do SUS, a portaria define normas para a atenção em saúde mental tanto em nível ambulatorial (unidade básica de saúde, centro de saúde, ambulatório, núcleo e centro de atenção psicossocial) quanto em nível hospitalar. Trata-se de um marco legal em termos das ações de saúde mental na atenção básica: o atendimento ambulatorial de demandas em saúde mental também deveria ocorrer nas UBS, como responsabilidade de uma equipe multiprofissional, composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo, assistente social<sup>5</sup>) ou não (médico generalista, enfermeira, auxiliares, outros agentes de saúde). (Vecchia e Martins, 2009, p.154)

Tendo em vista este cenário, várias redefinições políticas e mudanças nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Psicologia, bem como fortes investimentos operados pelo Conselho Federal de Psicologia, buscaram a construção de uma identidade profissional atrelada à saúde, considerada “como um dos importantes espaços de referenciação do diálogo da Psicologia com a sociedade” (Conselho Federal de Psicologia, 2006, p.6). Cabe destacar, se a chamada Reforma Curricular, sustentada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais não continua reduzida apenas a preocupações com conteúdos e disciplinas. Há a possibilidade de caminharmos para uma formação que esteja atenta e busque transformações sociais, atendendo as necessidades das populações e não apenas a uma parcela elitizada dela?

Se caminhamos na direção de novas experiências, principalmente diante da atuação dos Psicólogos na saúde, precisamos buscar a construção de “competências e habilidades” (Brasil, 2004) psicossociais, baseados na ideia de que o cuidar em saúde não se restringe a competências e tarefas técnicas, mas que o fazemos juntos, levando em consideração o saber do usuário, talvez assim possamos superar as duras críticas que a atuação do Psicólogo no SUS tem sido alvo.

---

5 Na portaria 154 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (Diário Oficial da União, 2008, p.39) são considerados profissionais da saúde mental: psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais e não mais os assistentes sociais.

Reinventar práticas *psi* não diz respeito necessariamente a inventar outros métodos de intervenção, mas a introduzir outros modos de interrogar e outras interrogações, entre elas, o que pretendemos e quais as implicações de nossa prática, daquilo que afirmamos como verdades sobre os que tomamos como nossos sujeitos-objetos. (Huning e Guareschi citado por Dimenstein e Macedo, 2012, p.244)

O nosso interesse, nascido da prática de ensino em Unidade de Atenção Básica, é dirigido para responder “Como o Psicólogo constrói sua prática no serviço de saúde?”. A necessidade de buscar uma práxis menos individualista, mais pautada na relação dialógica e que não perdesse de vista a realidade social do local onde está inserida, nem o caráter político da profissão, levou-nos à busca de encontrar sentido à prática profissional e provocou desconstruções sobre a própria Psicologia e seu objeto, fomentando uma postura de transição entre: abordagens centradas nos processos cognitivos individuais de produção de sentidos e as que consideram os sentidos como co-construção. Tal postura achou ecos na Psicologia Social Construcionista, perspectiva teórica centrada na produção dialógica de sentidos. “É importante salientar que o Construcionismo Social inicia na Psicologia Social uma virada linguística, onde a linguagem não mais apenas explica a realidade, mas a constitui” (Spink, 2010, p. IV).

Questionamentos sobre a atuação da Psicologia dentro das Políticas Públicas de Saúde que estivesse comprometida com o referencial da saúde coletiva, com o *empowerment* comunitário e com o exercício de cidadania e promoção de autonomia dos usuários, levaram à necessidade de compreender de maneira mais profunda qual o significado da inserção do psicólogo neste setor e as possibilidades de atuação que abandona a prática centrada na demanda institucional focada no atendimento individual, partindo para práticas dialógicas e de co-construção. Ou seja, pretendíamos compreender como se constrói a relação entre serviço e usuário numa Unidade Básica.

Buscando alternativas ao *modus operandi* individualista para a prática do Psicólogo, Bernardes (2004) propõe uma resignificação do conceito de competência, como competência linguística, a qual estaria centrada nas condições de dialogia, compreendida como prática social de produção de sentidos e que possui características de polifonia (multiplicidade de vozes) e polissemia

(multiplicidade de sentidos). “Dito de outra forma, a produção de sentido é um fenômeno sociolinguístico: os sentidos são construídos quando uma ou mais vozes se confrontam, quando a voz de um ouvinte responde à voz de um falante (*speaker*)” (Spink, 2000, p.19).

Desde a publicação, em 1985, do artigo clássico de Kenneth Gergen, intitulado *The social constructionist movement in modern Psychology*, passou a ser consenso que a investigação construcionista em psicologia social preocupa-se com a explicitação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem, incluindo aí a si mesmos. Difere da epistemologia tradicional por transferir a explicação desses processos das regiões internas da mente para a exterioridade dos processos de interação humana. (Spink, 2011, p.227)

Este trabalho está ancorado pela abordagem das práticas discursivas e da produção de sentido (Spink, 1999). Na definição da autora, práticas discursivas como linguagem em ação, isto é, “as maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas” (Spink, 2010, p. 27). Esta abordagem teórico-metodológica está embasada no referencial do Construcionismo Social e alia-se aos Psicólogos sociais que trabalham com análise do discurso. “A investigação *construcionista* preocupa-se com a explicitação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem” (Gergen, 2009, p. 301). Portanto nosso argumento pauta-se pelo pressuposto de que conhecer é dar sentido ao mundo e conhecimento é algo que fazemos juntos. O conhecimento implica, sobretudo no posicionamento perante as pessoas, as teorias, enfim, perante o mundo que vivemos.

A perspectiva de fazer pesquisa apresentada por Mary Jane baseia-se no estudo do saber cotidiano, focalizando as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e posicionam-se nas relações sociais, no *lócus* onde se produzem e se significam determinadas práticas e com a preocupação de desnaturalizar as construções do cotidiano. (Spink, 2010, p. V)

Também Thomas Ibáñez, traz contribuições relevantes para entender o que seria uma Psicologia Social de cunho Construcionista. Ibáñez (1994) propõe que o que tomamos como objetos naturais são objetivações decorrentes de nossas construções, de nossas práticas. Assim, sendo o conhecimento uma construção social, é o conhecimento socialmente produzido que constrói ambos, o sujeito e o objeto, dito de outra forma, não existe a dicotomia sujeito-objeto. Adotamos esta postura construcionista com foco no uso da linguagem para entender como certos campos e ideias se formam na Psicologia Social da Saúde, nosso campo de reflexão (Spink, 2010).

Assim, o discurso sobre a profissão em Psicologia enquanto fenômeno social pode ser visto a partir de uma regularidade, de uma estrutura de reprodução social que orienta esta prática. Entretanto se procurarmos entender os sentidos que essa profissão assume no cotidiano das pessoas, passamos a focalizar a não-regularidade e a polissemia das práticas discursivas, assim como os posicionamentos que se articulam nestas práticas. Para Mary Jane Spink (2010) posicionamento é uma noção mais dinâmica que identidade, mais fluído e contextual. Assim, é o posicionamento em determinado contexto que produz os selves.

Essas posições de pessoa podem ser ilustradas com as múltiplas versões de curriculum vitae que encaminhamos para empregos variados. Se o encaminhamos para uma empresa, destacaremos certos elementos de nossa linha narrativa histórica e não outros. Se quisermos apresentá-lo para uma universidade, destacaremos outros pontos que serão ainda distintos dependendo da universidade. Se vamos contar nossa história de vida para alguém que estamos tentando seduzir, selecionaremos certos elementos compatíveis com a posição de sedução. Ou seja, todos esses elementos são passíveis de serem apresentados de forma coerente, se bem que variem dependendo do contexto (Spink, 2010, p.36).

Neste trabalho, utilizaremos a noção de posicionamento e não identidade profissional, visto que posicionamentos são produções conjuntas e se articula melhor com as práticas discursivas. Assim não investigamos uma identidade da profissão de psicólogo na AB, mas posicionamentos dentro das realidades sociais inseridas. Posicionamentos ora reflexivos, ora interativos, mas que nos colocam enquanto profissionais, em “produção continuada do self”.

## **Método**

Buscamos situar, dentro da Psicologia Social, o estudo da produção de sentidos que se afilia à perspectiva construcionista e dentre as várias outras correntes voltadas ao estudo da linguagem, partimos ancorados pelo referencial das práticas discursivas. “Pertencendo ao campo da intersubjetividade, o dado empírico por excelência para a compreensão do conhecimento como produção de sentido são as práticas discursivas” (Spink, Gimenes, 1994).

O que diferencia a pesquisa construcionista é o olhar crítico diante do que se tornou instituído e que se algo foi instituído poderia não ser como é ou mesmo nem existir, ou seja, não existem determinações para a natureza das coisas. Discutidas as implicações da produção de sentido para a prática no campo da saúde e tomando por base o enquadre teórico das práticas discursivas como formas de produção de sentidos (Spink, 1999), o presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional de Divinópolis, parecer nº 380.864. O instrumento utilizado para a investigação foi a entrevista semi-estruturada, foram realizadas 3 entrevistas com os informantes-chaves, todas possuindo mais de 15 (quinze) anos de graduação, especialização em saúde pública e dos três, apenas um tem menos de 10 anos de atuação no SUS. As participantes da pesquisa foram indicadas pela Secretaria Municipal de Saúde. As entrevistas foram precedidas pelos esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e os usos que seriam feitos dos dados, além da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Foi enfatizado o caráter voluntário da entrevista e firmado o compromisso de sigilo e respeito à privacidade e à autonomia. As entrevistas foram gravadas com a autorização de cada um dos participantes e, em seguida, transcritas para análise.

Para a análise das entrevistas, utilizamos o método de análise dialógica proposto por Spink (1999), que busca explorar a polissemia do discurso. É por considerar que o discurso não é transparente que necessitamos de um método de análise que nos possibilite acessar as vias de construção dialógica das falas que constituem o foco do estudo. As entrevistas foram transcritas na íntegra e a análise começou com uma leitura das informações coletadas, sem definir categorias *a priori*. “Há um confronto possível entre os sentidos construídos no processo de pesquisa e de interpretação e aqueles decorrentes da familiarização prévia com nosso campo de estudo (nossa revisão

bibliográfica) e de nossas teorias de base” (Spink, 1999, p. 106). É deste confronto inicial que emergem nossas categorias de análise.

O processo de interpretação é concebido, aqui, como um processo de produção de sentidos. O sentido é, portanto, o meio e o fim de nossa tarefa de pesquisa. Como *atividade-meio*, propomos que o diálogo travado com as informações que elegemos como nossa matéria prima de pesquisa nos impõe a necessidade de dar sentido: conversar, posicionar, buscar novas informações, priorizar, selecionar são todos decorrências dos sentidos que atribuímos aos eventos que compõem nosso percurso de pesquisa. A exemplo dos diálogos travados em tantos outros domínios de nossas vidas, buscamos em nossas pesquisas, entender esses eventos à luz de categorias, hipóteses e informações contextuais variadas. A interpretação emerge, dessa forma, como elemento intrínseco do processo de pesquisa. Não haveria, assim, momentos distintos entre o levantamento das informações e a interpretação. Durante todo o percurso da pesquisa estamos imersos no processo de interpretação. Como *atividade-fim*, explicitamos os sentidos resultantes do processo de interpretação apresentando os resultados da análise por nós realizada. (Spink, 1999, p.105)

Construímos uma tabela com número de colunas correspondente às categorias a serem utilizadas, esses são os mapas de associação de ideias; transferimos o conteúdo do texto para as colunas relativas às diferentes dimensões da representação, respeitando a sequência do diálogo. Obtém-se, como resultado, um efeito escada. Os mapas tornam possível a visualização da associação de ideias, respeitando-se a ordem em que os conteúdos aparecem no discurso e enquadrando-os nessas dimensões. Finalmente, buscamos no material, analisar outros dados que confirmem as proposições/interpretações feitas.

A partir das entrevistas, foi possível definir 3 (três) marcadores analíticos para discussão: Trabalho no SUS, Gestão da Clínica e Formação de Grupos.

## **Resultado**

### **Do trabalho no SUS**

Foi verificado na pesquisa, que trabalhar na saúde pública não foi um projeto construído na graduação e que esta, tampouco preparou os profissionais participantes para atuação na área. A

formação acadêmica destes Psicólogos teve ênfase na prática da clínica privada, sendo apenas nas disciplinas de Psicologia Social I, II e III, que se viu algum conteúdo de atenção psicossocial, mesmo assim não despertando interesse por parte dos alunos, que na maioria dos casos queriam sair da faculdade e montar consultórios particulares. Sobre o ingresso no SUS, percebe-se que foi bastante motivado pela estabilidade da carreira pública e pela necessidade de inserção no mercado de trabalho, que por vezes, não ocorreu via modelo profissional liberal. Embora fatores como a não preparação na graduação para o trabalho no SUS - sendo as especializações *lato sensu* em saúde pública feitas após o ingresso no serviço - e o ingresso no setor via concurso público, ter sido pelo momento oportuno, o nível de satisfação com o trabalho desempenhado mostrou-se bastante elevado entre os participantes da pesquisa.

O trabalho do Psicólogo enquanto intervenção individual ou em grupos, os progressos dos pacientes atendidos, a dedicação à educação permanente, a vontade de fazer novas atividades, os diálogos com a equipe e a reunião mensal do setor de Psicologia da rede para trocas e discussões relativas ao trabalho, são fatores que trazem gratificação à prática na saúde pública e definem o nível de satisfação no trabalho como muito bom e ótimo.

No entanto, este nível de satisfação cai drasticamente quando o assunto são as condições de trabalho. O modelo de atendimento do Psicólogo no SUS do município estudado, ainda é o modelo de tratamento da clínica, em alguns casos seguindo um modelo de terapia breve, em outros, acompanhando o mesmo paciente por anos. O Psicólogo atende pacientes encaminhados pelo médico da AP, enfermeira ou outro membro da equipe, principalmente casos de sintomas depressivos, ansiosos e de somatização. Apesar dos atendimentos bem sucedidos, há o relato da baixa aderência ao tratamento e da desvalorização do Psicólogo na Atenção Básica, por parte da população atendida pela Unidade, que muitas vezes “não vê a demanda, vem porque o médico mandou” (P3). Algumas vezes o paciente é encaminhado pelo médico clínico para o Psicólogo

porque chegou pedindo a receita de determinado medicamento, outras vezes é o próprio usuário que marca atendimento para ser encaminhado ao Psiquiatra, em busca de medicação. Nestes casos, o paciente não adere à proposta do atendimento de Psicoterapia, ele quer uma forma rápida de aliviar seus sintomas.

(P3) “Mas no CS o que eu percebo é que as pessoas não valorizam muito o trabalho do psicólogo. Tem as que valorizam e tem outras que não. Você encontra muitos que falam: “Ah, mas o que eu vou fazer na psicóloga?” “O médico me mandou, mas pra que vou falar de mim?” “Não quero falar da minha vida.” Isso muda muito de acordo com a realidade das pessoas, com nível social. Um nível social melhor, eles aceitam mais a psicoterapia como parte do tratamento, mas tem uns que não aceitam mesmo. Então as pessoas não tem valorizado, faltam muito. Você marca, ela falta, aí vem remarca, ou as vezes nem volta mais. Eu percebo também que é uma demanda muito grande, você fica com uma lista de espera, as vezes atendendo muita gente que não dá continuidade, que acaba esbarrando nisso, nessa certa desvalorização mesmo.”

Nos casos onde a ordem é inversa, ou seja, é o Psiquiatra que encaminha o paciente para a psicoterapia e este já está medicado, a adesão ao tratamento é considerado maior. Mais do que uma desvalorização do Psicólogo, o que pode estar demonstrado aqui é o sintoma da sociedade que vivemos atualmente, a sociedade da pressa, do imediato e do lugar onde esta sociedade colocou as substâncias tóxicas, com suas medidas paliativas. (Freud, 2006, p.83)

O isolamento que esta forma de atendimento carrega, não deixa de ser uma causa de insatisfação do Psicólogo enquanto membro de uma equipe, que por sua vez está inserida em uma rede de atenção a saúde. Os profissionais sentem-se sozinhos e queixam-se da falta de uma diretriz do que seria o papel do Psicólogo no SUS, na AB do município estudado. Ferreira Neto (2011) afirma que há uma tendência dos próprios psicólogos a dissociar o debate entre os campos da clínica de pacientes com transtornos mentais graves da clínica associada à psicologia social (Ferreira Neto, 2011, p. 99).

Assim:

Os psicólogos inseridos em UBS no país como pertencentes à “saúde geral”, deixando somente os psicólogos inseridos em CAPS e hospitais psiquiátricos classificados como pertencentes à área da saúde mental, de modo a demonstrar que os psicólogos não têm uma inserção diretamente vinculada à saúde mental no SUS (Spink, 2007, p.61-62). Essa interpretação ignora o fato dos psicólogos em UBS, onde há o maior número deles, estarem diretamente vinculados aos programas de saúde mental. (Ferreira Neto, 2001, p.99)

Essa tendência está presente na rede de saúde da cidade estudada e além do enfraquecimento do serviço de saúde mental no município que tal divisão acarreta, existe o incomodo nos profissionais da Psicologia, como pode ser percebido na seguinte fala:

(P1) “Houve inclusive uma cisão, a coordenadora nossa é quem coordena os postos de saúde. O SERSAM tem outra coordenação, então houve uma cisão. Eu acho muito ruim! Há uma pessoa agora que coordena o SERSAM e nós (AB) somos outra coordenação”.

Outras demandas para o trabalho do Psicólogo na AB que aparecem na pesquisa realizada são: atendimento domiciliar de idosos, usuários de álcool ou substâncias psicoativas, egressos do SERSAM, crianças encaminhadas pelas escolas.

A precariedade da infra-estrutura para atendimento infantil e o baixo investimento em insumos para o trabalho do Psicólogo, além de baixos salários, contribuem para aumentar os aspectos negativos do trabalho do Psicólogo no SUS e para diminuir a satisfação deste profissional com sua inserção na AB.

Sobre a saúde mental no Brasil, Campos e Gama (2008) afirmam que existe uma política de saúde mental eficaz para os portadores de Transtorno Mental Severo e Persistente. Já a demanda mais leve, que pode ser atendida na Atenção Básica, além de ser “grande e variada”, parece se encontrar em um lugar de “desamparo social” (Gaulejac apud Campos e Gama, 2008, p. 229).

O sofrimento não encontra um lugar institucional que possa reconhecê-lo no interior da esfera de proteção social. Esta só confere um lugar à subjetividade dentro de duas perspectivas: corpo são, corpo doente, o que acarreta dizer que o sofrimento social, para obter reconhecimento institucional, o faz através da doença. (Carreteiro, 2001, p.93 citado por Campos e Gama, 2008, p. 229).

Os participantes da pesquisa percebem que para ampliar a resolubilidade do atendimento em saúde mental na AB do município são necessários dispositivos como a reunião de equipe, o matriciamento, as intervenções psicossociais, a educação permanente e o próprio investimento em aumentar a visibilidade do trabalho em saúde mental do município, partindo desde instâncias políticas, até a população atendida, que apresentam a característica de não adesão às estratégias de

prevenção em saúde, sendo bastante centrada na figura do médico e nos procedimentos de queixa-conduta.

## **Gestão da Clínica**

Na rede de saúde do município pesquisado não existe o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF – como dispositivo de Apoio Matricial para a equipe de saúde da família e centros de saúde. Este dispositivo pode promover na UBS, discussões de casos, intervenções conjuntas, planejamento de ações, romper com a lógica do encaminhamento e ampliar as ofertas no território através da capacitação teórico conceitual da equipe e capilarização de saberes técnicos. (Campos e Domitti, 2007).

Nas Unidades onde trabalham os participantes deste estudo, as reuniões de equipe são organizadas pela gerência e acontecem mensalmente para discussão de questões burocráticas, avisos, planejamento e outros. Reuniões de equipe para discussão de caso não existem, tampouco a construção de Projeto Terapêutico Singular.

(P1) “Não existem reuniões. Não existe esse trabalho em equipe. Se for algum caso que eu quiser, por exemplo, um paciente meu que o clínico esta atendendo, então eu vou até ele, tento ver alguma coisa, as vezes o clínico me reivindica, me requisita para alguma coisa, mas aí não tem um espaço pra gente fazer um projeto de trabalho assim. Não tem nem na unidade e nem na saúde mental da rede. Cada um faz o que quer né?”

(P2) “Temos reunião de equipe uma vez por mês para discutirmos questões burocráticas. Não existe isso (PTS) no Centro de Saúde. Existe corredor. Por exemplo, eu e a enfermeira, a gente faz muito, mas não instituído.”

(P3) “Reunião para discussão de caso? Não, nem uma. Para você discutir um caso com um colega que te encaminhou você tem que ir atrás dele, ou ele vem ate você. Mas essa reunião não tem.

Estas falas corroboram com Ferreira Neto (2011) quando este diz que para que o projeto de saúde mental efetivamente aconteça, não é “suficiente a simples lotação de profissionais em unidades de

saúde”. “Demanda a construção de uma rede assistencial, de fato, resolutive, que exige um conjunto de esforços para sua efetivação” (Ferreira Neto, 2011, p. 127). O autor ainda nos fala a respeito da discussão conjunta como forma de intercambiar cotidianamente, no trabalho concreto, saberes e competências e palavras como: parceria, integração e interface, dão o tom que testemunha os impactos da trajetória do apoio matricial nas práticas de saúde (Ferreira Neto, 2001, p. 123).

Ou seja, um projeto terapêutico é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral. Um PTS deve ser elaborado com o usuário, a partir de uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Cabe ressaltar que esse é um processo dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação. (Brasil, 2013, p.33)

Ocorre também a rotatividade de profissionais e de políticas de gestão, o que compromete a construção de vínculo e troca de saberes entre a equipe do CS e desta com toda a rede, inclusive com o CAPS, além da falta de contingente para a saúde

(P3) “Colocaram uma psiquiatra aqui e no Regional. A daqui atenderia os pacientes daqui e os que já estavam estabilizados no SERSAM, fazendo uso de pouca medicação, os pacientes novos que pudessem ficar aqui, pra não chegar todos esses pacientes no SERSAM. O psiquiatra aqui fazendo a medicação que já estava sendo usada lá no SERSAM e tentando diminuir essa medicação e com nossos atendimentos. Nessa unidade seriam atendidos pacientes daqui, do Serra Verde e do Bom Pastor e com reuniões, nós tínhamos reuniões para estudo de casos com esses profissionais do CS e profissionais do SERSAM. Isso estava acontecendo, muito bom. Então o paciente já estava realmente diminuindo a medicação, que estava tendo uma melhora excelente, a gente mais próximo deles, mas de repente acabou tudo. Tiraram a psiquiatra, ou ela saiu. Os pacientes ficaram aqui copiando receita, muitos saíram da psicologia, então acho que é um retrocesso”.

Parece haver na cultura organizacional da rede de atenção à saúde do município uma ideia de que parar o atendimento para discussão de casos entre a equipe seria uma perda de tempo. Atendimento que repito, é valorizado nos moldes queixa-conduta. Assim, a prática no dia a dia do Psicólogo perde bastante em seu potencial dialógico e integrador com outros saberes e o funcionamento da equipe “como espaço coletivo de discussão de casos” (Campos e Domitti, 2007, p.401) é quase inexistente. “A qualidade da atenção e as satisfação dos trabalhadores também dependerão de como a gestão facilita este diálogo e reforça a interação criativa entre profissionais e serviços de saúde” (Brasil, 2007, p.27).

“O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado” (Campos e Domitti, 2007, p. 401) A correta implantação do apoio matricial aparece, no estudo de Campos et al (2011, p. 4649), “como um potencial a ser explorado no contexto brasileiro para se conseguir uma verdadeira inclusão da assistência à saúde mental na atenção primária”. Desta forma fica garantido ao usuário o acesso à atenção da sua demanda de sofrimento psíquico, que passa a receber atendimento integral na AB.

Porém, como já apontaram Campos e Domitti (2007, p.406), foram identificados “obstáculos estruturais, decorrentes do excesso de demanda e carência de recursos, éticos, políticos e de comunicação, subjetivos e epistemológicos” (Campos e Domitti, 2007). Ou seja, não basta compreender o que é apoio matricial, mas é preciso ter uma estrutura para realizá-lo, assim, são necessárias mudanças nos modos de pensar, praticar e produzir saúde.

(P1) “Faz falta o matriciamento. Houve algumas tentativas mas não tem. Nós psicólogos temos uma reunião uma vez por mês que a gente discute coisas relativas ao nosso trabalho, mas ainda falta essa diretriz única. Qual é o papel do psicólogo no SUS? Cada um faz do seu jeito.”

Dentro do obstáculo subjetivo, Campos e Domitti (2007) afirmam que “é comum o profissional construir identidade e segurança, apegando-se à identidade de seu núcleo de especialidade, o que dificulta a abertura para a interação inevitável em espaços interdisciplinares” (Campos e Domitti, 2007, p. 405). Observamos essa identidade presente na atuação dos participantes quando ouvimos o relato sobre as inviabilidades da formação de grupos terapêuticos ou operativos devido a não adesão da população, enquanto que na pesquisa vimos no CS alguns grupos de hipertensos coordenados pela enfermagem e que não há participação do Psicólogo. Assim, segundo uma dialética onde a fixidez se refere a uma identidade e a fluidez ao posicionamento, vemos estes obstáculos hora por uma cristalização e engessamento pessoal, hora por uma institucionalização.

As instituições são entendidas aqui como formações discursivas que adquiriram valor de verdade (Onocko Campos, 2005). Elas podem ser pensadas com um conjunto de práticas ou de relações sociais que se repetem e se legitimam enquanto se repetem (Guilhon de Albuquerque, 1978). Elas são um conjunto de regras, enunciados e valores produzidos, histórica e coletivamente, que serão manifestados por organizações, leis,

padrões de viver, sentir e relacionar que regem e organizam o viver num determinado momento (Baremblyt, 1998). (Campos e Gama, 2008, p. 233)

A transformação dos modelos institucionalizados pode ser “dinamizadora” (Ferreira Neto, 2011, p. 192) para aumentar o nível de autonomia, emancipação e saúde dos membros de um grupo. Desta forma, para além de uma identidade profissional do Psicólogo presente na rede de saúde mental do município, foi marcante a fluidez do posicionamento reflexivo dos sujeitos da pesquisa e a abertura dialógica para o novo, para a produção continuada do self, como dito acima.

### **Intervenções Psicossociais e Formação de Grupos**

Ferreira Neto (2001) nos alerta para que não esqueçamos as “potencialidades” das “intervenções psicossociais dos Psicólogos e como elas poderiam contribuir para outras frentes de trabalho importantes para o SUS, especialmente no manejo dos grupos e das ações institucionais” (Ferreira Neto, 2001, p. 99). Junto com a prática clínica, a intervenção psicossocial é “parte do arcabouço de atuação do psicólogo em saúde” (Ferreira Neto, 2011, p. 183)

Suas ações político-ideológicas trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania, ao mesmo tempo sublinhando a particularidade da situação dos usuários dos serviços de Saúde Mental. Suas ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003, p.34)

Um dos importantes efeitos das práticas de promoção de saúde é segundo Ferreira Neto (2011) “a contenção da demanda ‘artificial’ de consultas médicas e psicológicas” (Ferreira Neto, 2011, p.199). A Clínica Ampliada busca a autonomia e a produção de vida, assim o profissional de saúde deve desenvolver capacidades não só de combater doenças, mas de ajudar as pessoas a transformar-se e a transformar o seu entorno (Brasil, 2007). Devemos nos questionar sobre uma clínica que se descuida desta produção de vida, como vemos na seguinte fala:

(P2) “Tem pessoas que vão lá todos os dias pra nada. É local de encontro, onde elas têm alguém pra conversar. O Centro de Saúde acaba funcionando como um centro de convivência. Eu talvez seja a pessoa que menos acolho essas pessoas porque eu estou sempre atendendo. Tem uma mulher lá agora mesmo, que vai todos os dias, uma média de quatro vezes por dia. Ela não tem problema nenhum, ela fica inventando. Pede alguma coisa, pede uma gaze, mede pressão.”

Das atividades desenvolvidas pelas participantes no momento da pesquisa nenhuma delas estava trabalhando com grupos nos respectivos CS, sendo que todas relatam ter tido algum dia, experiência exitosa com tal prática no serviço de saúde. Apesar de não haver grupos, todas as participantes manifestam o desejo de retomar com esta proposta, mas relatam alguns obstáculos para tal empreendimento: desinteresse da população em práticas preventivas de saúde e preferência pelo atendimento de consulta médica; pessoas de um mesmo território não querem expor suas vidas diante de vizinhos e conhecidos; colegas com mais tempo de serviço que desencorajam a formação de grupos; ter de reorganizar o processo de trabalho – parar alguns atendimentos individuais – para abrir espaço na agenda que caiba o grupo. Ferreira Neto (2011, p. 196) afirma que a necessidade de dar prosseguimento no que já está se fazendo, funciona frequentemente como “um impeditivo para a invenção de alternativas de atuação fora das prescrições oficiais” (Ferreira Neto, 2011, p. 196).

(P2) “eu estou tão envolvida com tudo que estou fazendo, que eu teria que fazer um corte radical. Eu acho que todo mundo precisa disto, vamos parar tudo e começar tudo de novo.”

Nos Grupos com pessoas que queriam deixar o tabagismo, a equipe adaptava o horário de atendimento do CS para formar grupos à noite e possibilitar adesão dos usuários que trabalham. Mesmo sendo pacientes resistentes e o índice de abandono após o início do grupo, ser alto, em alguns casos 40% das pessoas participantes conseguiram parar de fumar, em outros apenas 10% dos participantes chegaram até o final.

Grupos de mulheres é o caso de maior diferença no discurso de avaliação dos participantes da pesquisa. Houve desde tentativas de formar o grupo e não dar certo a grupos que funcionaram muito bem na promoção de autonomia, na ampliação da rede de apoio das participantes e nas estratégias

criadas pelo grupo para lidar com as situações de conflito. A experiência relatada que deu certo foi desenvolvida em outro CS. P3 relata:

(P3) “Cheguei aqui toda entusiasmada e quis dar continuidade neste trabalho, mas ouvi: boa sorte, eu já tentei e não deu certo.”

Grupos de sala de espera com mães, gestantes, crianças, etc., esbarram na pressa das pessoas para voltar às atividades de casa ou do trabalho e na ansiedade pela espera do médico, já que a ida ao CS é exclusivamente em função da consulta. Assim, as pessoas não ficam atentas no grupo porque estão aguardando serem chamadas para o que realmente interessa. Cabe observar que em qualquer sala de espera, em se tratando de cidades pequenas, o próprio público presente cria espaços de conversa, sem preocupar se o médico vai chamar e não vão ouvir porque estão conversando. Além disso, a proximidade que a sala da Psicologia tem da sala de espera e do consultório médico, nos faz inferir que fatores metodológicos que provoquem a adesão ao grupo não estão sendo considerados nestes discursos sobre a responsabilização do usuário.

Parece que todo o pessimismo presente no discurso das Psicólogas participantes da pesquisa quanto à formação de grupos, se refere a tentativas malogradas de outras colegas de profissão ou a próprias tentativas feitas há, no mínimo, três anos atrás e que não tiveram êxito. Desde então, optou-se por abandonar esta prática e o sentido dado para tal posicionamento é de que a população não dá valor, não adere. Esta forma institucionalizada de descrever ou explicar a população de determinado território, segundo o Construcionismo Social, são escolhas entre as opções, ou seja, “são construções humanas, produtos de nossas convenções, práticas e peculiaridades” (Spink, 1999, p.32).

## **Considerações Finais**

Transitamos pela formação, atuação e limitações enfrentadas pelo Psicólogo na sua incursão pelo SUS. Descrevemos algumas atividades desenvolvidas e vimos que a práxis é construída segundo demandas do cotidiano, porém muito atrelada a engessamentos institucionalizados, por vezes reflexo da pouca visibilidade que a própria saúde mental tem no município avaliado. Quanto ao conhecimento popular, esta prática ainda é vista como uma atividade mentalista, intimista, atrelada ao processo de trabalho biomédico, tendo as propostas de prevenção do adoecimento e da promoção da saúde pouca penetração na população atendida nas Unidades pesquisadas.

Percebemos que para além da pouca ênfase dada na formação do Psicólogo para o exercício da profissão no SUS e das determinações estruturais que lhe são dadas para atuação, o que torna esta prática significativa para a sociedade, é um “compromisso radical com o sujeito” (Brasil, 2007, p.12), um posicionamento com a troca de saberes, a dialogia, a co-construção, e a constante re-significação da prática enquanto “projeto ético-político da categoria profissional” (Yamamoto, 2012).

## Referências

- Brasil (2004). *Parecer final sobre as Diretrizes Curriculares nacionais para os cursos de Psicologia*. Relatora: Marília Ancona-Lopez. Brasília, 19 fev.
- Brasil (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. 2.<sup>a</sup> edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF.
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica. *Saúde Mental*. Brasília, DF.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa. (2000) Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e saúde coletiva*. v. 5, n. 22.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa; Domitti, Ana Carla. (2007) Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. V. 23, n. 2.
- Campos, R.O., Gama, C. (2008) Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, GW; GUEREIRO, A.V (orgs). *Manual das Práticas de Atenção Básica - Saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, R.O., Ferrer, A.L., Furtado, J.P., Gama, C.A.P., Miranda, L. e Passos, E. (2011) Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência e saúde coletiva*. v.16, n.12, Dezembro.
- Conselho Federal de Psicologia, CFP (2006). *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS*. Brasília, DF.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C.A. e Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde Mental Coletiva. In: P. Amarante (coord.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. (pp.13-44) Rio de Janeiro. NAU Editora.
- Bernardes, J. de S. (2012). A formação em Psicologia após 50 anos do primeiro currículo nacional da Psicologia – alguns desafios atuais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(num. esp.) 216-231.
- Dimenstein, M., Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: Requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(num. esp.) 232-245.
- Ferreira Neto, J.L. (2011). Psicologia no SUS: dos impasses e das potencialidades. In: J.L. Ferreira Neto. *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS*. (pp. 97-129) São Paulo: Escuta. Belo Horizonte: Fapemig.
- Ferreira Neto, J.L. (2011). Intervenção Psicossocial em Saúde. In: J.L. Ferreira Neto. *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS*. (pp. 183-206) São Paulo: Escuta. Belo Horizonte: Fapemig.

Franco, T.B. e Merhy, E.E. (2004). Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. (2ª edição) São Paulo: Hucitec.

Freud, Sigmund. (2006) O mal-estar na civilização. In: Obras Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

Gergen, Kenneth. J. (1988/2009). O movimento do construcionismo social na Psicologia moderna. *INTERthesis*, 6(1), 299-325.

Ibáñez, T. Henri. (1994). La construccion dei conocimiento desde una perspectiva socioconstruccionista. In: Montero, M (org.) Conocimiento, realidad e ideología. Caracas: Asociacion Venezolana de Psicología Social – AVEPSO, p.39-48.

Spink, M. J., Gimenes, M. da G. G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discurso sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade*, 3(2), 149-171.

Spink, M. J. (1999). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.

Spink, M. J. (2000, jan/jun). A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. *Psico*, 1(31), 7-22.

Spink, M. J. (2010). Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: *Biblioteca virtual de ciências humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais*.

Spink, M. J. (2011). Psicologia social e saúde – práticas, saberes e sentidos. (8ª edição). Petrópolis – RJ: Vozes.

Vecchia, M.D., Martins, S.T.F. (2009) Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, n.28, p.151-64, jan/mar.

Yamamoto, O. H. (2012). 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(num. esp.) 6-17.